Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Über hysterische Psychosen im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Theodor Kathen

aus Bremen.

Kiel 1905.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Über hysterische Psychosen im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Theodor Kathen

aus Bremen.

Kiel 1905.

Druck von H. Fiencke.

No. 26.

Rektoratsjahr 1905/1906.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Hensen**,
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern.

in herzlicher Dankbarkeit zu eigen.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberhysterischep0000theo

Noch bis ins vorige Jahrhundert hinein waren die abenteuerlichen Vorstellungen der griechischen und römischen Ärzte über das Wesen der Hysterie, wie sie in den Schriften des Hippokrates, Celsus und Galen Ausdruck gefunden haben, für die Auffassung der Hysterie maßgebend. Ganz allgemein war die Ansicht verbreitet, daß pathologische Vorgänge in der Genitalsphäre des Weibes der Ausgangspunkt des Leidens seien, und daß somit natürlich nur Frauen an Hysterie erkranken könnten. Zwar waren schon öfter Leute aufgestanden, die das Irrige dieser Ansicht beweisen wollten, so im 17. Jahrhundert Charles Lepois (1617), bei dem wir die Sätze finden: „Hysterica symptomata vulgo dicta omnia fere viris cum mulieribus communia sunt" und weiter „Enim vero experientiae fide, multae puellulae vivunt hystericis tentatae symptomatibus ante duodecim aetatis annum", und ebenso im 18. Jahrhundert Sydenham (1757), der klar zum Ausdruck brachte, daß die Hysterie auf einer Erkrankung des Nervensystems beruhe und daß sie somit nicht an die Frauen gebunden sei, doch fanden sie alle wenig Beachtung, jedenfalls weil die alte, Jahrtausende hindurch gegoltene Anschauung zu feste Wurzeln geschlagen hatte.

Der erste, der eine entscheidende Wendung herbeiführte, war Briquet[1]), der nachwies, daß die Hysterie mit den weiblichen Sexualorganen garnichts zu thun habe, daß es

[1]) Briquet: Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie. Paris 1859.

sich bei ihr vielmehr um eine Erkrankung des gesamten Nervensystems, besonders des Großhirns handle, um eine sogenannte Neurose. Und wenn ihm auch die einzelnen hysterischen Krankheitserscheinungen noch nicht klar waren, so gelang es ihm doch die Welt von der Richtigkeit seiner Behauptungen zu überzeugen und sie endlich von der Ansicht, daß die Hysterie mit dem Geschlechtsleben des Weibes in inniger Beziehung stände, frei zu machen. Briquets Schüler ergänzten die Forschungen ihres Lehrers, und besonders Pitres, Richer, de la Tourette u. A. waren es, die allmählich die Anschauung gewannen, daß die Hysterie vorwiegend eine psychische Erkrankung sei. So wurde aus der Neurose eine Psychose. Daß aber eine Psychose ebenso gut Männer und Kinder wie Frauen befallen könne, darüber war man sich sofort klar und man begann den alten, bereits in Vergessenheit geratenen Lehren Charles Lepois' und Sydenhams wieder Beachtung zu schenken. Und als dann Briquet[1]) schließlich ein großes und unanfechtbares Material heranbrachte, wo er über hysterische Erkrankungen berichtete, mußte man das Vorkommen der Hysterie bei Männern und Kindern endlich zugeben.

Seit der Zeit beschäftigte man sich mit dieser Frage, und es ist sowohl über die Hysterie bei Männern als bei Kindern schon mehrfach geschrieben worden. Wenn ich trotzdem noch einmal dieses Gebiet betrete und mich über die kindliche Hysterie auslasse, so thue ich das, weil diese Krankheit in ihren verschiedenen Erscheinungsformen immer noch nicht so bekannt ist, wie sie es schon bei ihrer relativen Häufigkeit verdient. Woher kommt das aber? Ist die kindliche Hysterie nicht genau dasselbe wie die Hysterie der Frauen? Äußert sie sich nicht gerade so? Ist es also nicht überflüssig, ihr eine besondere Beachtung zu schenken? Diese Fragen muß man ohne Weiteres verneinen. Sogar große Unterschiede bestehen zwischen der Hysterie der Frauen und der Kinder — welche, das werden wir hernach sehen.

---

[1]) Briquet: a. a. O.

Zunächst Einiges über die **Hysterie im Allgemeinen**. „Die Hysterie ist das Schmerzenskind der Nervenpathologie", sagt Binswanger,[1]) „weil alle Bemühungen, die seit Jahrhunderten auf die Erkennung und begriffliche Würdigung der hierher gehörigen Krankheitserscheinungen verwandt worden sind, zu keiner auch nur einigermaßen befriedigenden und den Widerstreit der Meinungen ausgleichenden Lösung geführt haben". Und in der That bietet eine Begriffsbestimmung der Hysterie große Schwierigkeiten. „Sie liegen teils in dem Wesen der Affektion selbst, teils darin begründet, daß sie sich so häufig mit andern Neurosen, besonders Neurasthenie verknüpft".[2]) Es ist also nicht leicht, das Wesen der Hysterie auf ein Grundgesetz zurückzuführen. Man würde dabei immer nur einem Teile der Erscheinungen gerecht werden, würde aber nicht eine Alles umfassende Analyse erhalten. Und so sind auch die verschiedensten Definitionen über die Hysterie zu Tage gefördert. Möbius sagt z. B.: „Hysterisch sind alle krankhaften Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellung verursacht sind". Oppenheim[3]) legte dann das Hauptgewicht auf „die gesteigerte Affekterregbarkeit und den krankhaft gesteigerten Einfluß der Gemütsbewegungen auf die diese in der Norm begleitenden motorischen, sensorischen, vasomotorischen und sekretorischen Funktionen und sagte: „Die Hysterie ist ein abnormer Seelenzustand. Die Anomalien betreffen in erster Linie die affektive Sphäre, es besteht ein Mißverhältnis zwischen der Intensität der Reize und der Stärke der Gefühlsreaktion". Strümpell[4]) faßt sie als eine Erkrankung auf, „die sich ausschließlich auf die mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirntätigkeit bezieht". Und so könnte ich noch verschiedene Definitionen anführen. Aber so nahe vielleicht auch manche Erklärungen der Wahrheit kommen, entschieden ist die Frage nach dem Wesen der Hysterie

---

[1]) Binswanger: Die Hysterie. Wien 1904.
[2]) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1905.
[3]) Oppenheim: a. a. O.
[4]) Strümpell: Spez. Pathologie und Therapie. Leipzig 1900.

immer noch nicht. Nur insoweit sind sich die Sachverständigen im allgemeinen einig, daß sie, wenn es sich um bestimmte Symptome handelt, sagen: „Das ist Hysterie".

Doch nun zurück zur **kindlichen Hysterie**.

Über die Häufigkeit des Vorkommens der Hysterie bei Kindern sagt schon Briquet[1]), daß bei etwa 1/5 aller von ihm beobachteten Fälle von Hysterie sich die Krankheit vor dem 12. Jahre entwickelt habe. Obwohl sich diesen Zahlen im Jahre 1874 Jolly und auch mehrere andre Autoritäten anschlossen, wurden sie vielfach bestritten. Daß sie aber nicht übertrieben waren, das beweist neuerdings wieder Henoch[2]) in seinem Lehrbuch über Kinderkrankheiten, in dem er der kindlichen Hysterie ein besonderes Kapitel widmet, und darüber berichtet auch Bruns[3]), der mehrere diesbezügliche Statistiken aufgestellt hat.

Derselbe giebt uns auch interessante Mitteilungen darüber, in welchen Jahren gerade das kindliche Alter am meisten von der Hysterie befallen wird. Er ist der Ansicht, daß dies zwischen dem 7. Jahre und der Pubertät, also etwa im 14. Jahre am häufigsten der Fall sei. Natürlich ist das keineswegs konstant, zumal, wie Bruns auch selbst betont, die Pubertät bald früher, bald später eintritt. Aber auch schon weit früher, noch vor dem 7., sogar vor dem 6. Jahre hat Bruns und ebenso Oppenheim Fälle von Hysterie gesehen, ja französische Autoren wollen sie sogar im Säuglingsalter beobachtet haben. Wenn auch diese letzten Angaben mit Vorsicht zu gebrauchen sind, so ist doch irgend eine zeitliche Grenze betreffs des Ausbruches der kindlichen Hysterie nicht zu ziehen.

Es wäre nun noch über das Verhältnis der hysterischen Erkrankung zwischen Knaben und Mädchen zu sprechen. Auch hierüber giebt uns Bruns[4]) Aufschluß,

---

[1]) Briquet: a. a. O.
[2]) Henoch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1899.
[3]) Bruns: Die Hysterie im Kindesalter. Halle 1897.
[4]) Bruns: a. a. O.

der unter 13 in seiner Kinderabteilung aufgenommenen Hysterischen 6 Knaben und 7 Mädchen fand. Je näher jedoch die Kinder an die Pubertätszeit herankämen, meint er, desto größer werde das Übergewicht der Mädchen, sodaß im späteren Alter in der That die Hysterie bei Frauen mehr als bei Männern gefunden würde.

Die übrigen von verschiedenen Autoritäten aufgestellten Ansichten über das Vorkommen der kindlichen Hysterie, daß z. B. die eine oder andere Race eine größere Neigung zeigte, oder daß die Lebensstellung der Eltern eine große Rolle spielte, will ich nur erwähnen. Einen Beweis hierfür zu erbringen, würde einmal über den Rahmen meines Themas hinausgehen, und dann fehlt mir auch das nötige Zahlenmaterial. Hysterische Kinder finden sich sowohl in christlichen wie in jüdischen, in armen wie in reichen, in gebildeten wie in ungebildeten Familien, und wenn wirklich einmal der eine oder der andere Beobachter sie in der einen häufiger als in der andern gesehen hat, dann wird das wohl seine anderen Gründe haben.

Doch damit komme ich auf die Entstehungsursachen, auf die **Ätiologie** der kindlichen Hysterie zu sprechen. Ich muß hier etwas weit ausholen und eigentlich wieder mehr über die Ätiologie der Hysterie im allgemeinen als speciell der kindlichen sprechen, es ist dies aber notwendig, weil alle Momente, die beim Erwachsenen zur Entstehung der Hysterie beitragen, auch beim Kinde in Frage kommen können.

Die meisten Autoren sind sich betreffs der Entstehung der Hysterie insofern einig, als sie die kombinierte Wirkung einer Prädisposition und einer Gelegenheitsursache annehmen. Die Prädisposition kann nach Binswanger[1]), der sich dabei an Charcot anlehnt, entweder ererbt oder sie kann erworben sein, und zwar entweder intrauterin erworben, z. B. bei Kindern, deren Eltern zur Zeit der Zeugung durch Krankheit (bes. Phthise) oder andere Umstände entkräftet

[1]) Binswanger: a. a. O.

waren, oder erst extrauterin durch alle möglichen schädigenden Einflüsse, die an das Kind herantreten. In den ersten beiden Fällen spricht er von einer angeborenen „neuropathischen Veranlagung", im letzten von einer „neuropathischen Belastung".

Nach seiner und fast der meisten Autoren Ansicht spielt nun der erste Fall, die direkt vererbte Disposition die Hauptrolle. So sagt Pitres[1]): „On naît hystérique, on ne le devient pas. L'hérédité crée la diathèse; ces causes occasionelles ne font que provoquer l'apparition des accidents". Und so ist es in der That, hysterische Eltern haben gewöhnlich hysterische Kinder, (sog. direkte homologe Vererbung). Legrand du Saulle[2]) berichtet von einem Fall, wo eine hysterische Mutter 6 hysterische Töchter hatte. Und auch Briquet weist das statistisch nach, wie ich einer Dissertation von Geisler[3]) entnehme. Verfasser sagt dort: „Unter 1103 Familienmitgliedern von 351 hysterischen Personen fand Briquet 214 Hysterische, außerdem 13 Epileptiker, 16 Blödsinnige, 1 mit Delirium tremens, 1 mit Paraplegie, 3 Somnambulen, 14 mit krampfartigen Krankheiten, 10 mit Apoplexien, im ganzen also 272 mit Störungen des Nervensystems. Er berechnete ferner, daß die Kinder hysterischer Eltern 12 mal mehr zur Hysterie prädisponiert sind als die Kinder Nichthysterischer, und daß für die Tochter einer hysterischen Mutter die Wahrscheinlichkeit gleichfalls hysterisch zu werden, mehr als 1/4 beträgt".

Außer der Hysterie sollen auch noch andre Nerven- und Geisteskrankheiten der Eltern oder Verwandten zur Hysterie der Kinder disponieren (sog. transformierende Vererbung), wenigstens finde ich bei den meisten Autoren diese Ansicht vertreten, und Pitres[4]) giebt auch eine Anzahl von Beispielen dafür. Er fand unter 26 direkten Ascen-

[1]) Pitres: Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. Paris.

[2]) Legrand du Saulle: Les hystériques.

[3]) Geisler: Inaug.-Dissert. über hysterische Psychosen im Kindesalter. Tübingen 1898.

[4]) Pitres, a. a. O.

denten von 13 hysterischen Personen 20, die neuropathisch waren (Epileptische, Blödsinnige, Alkoholiker, Hysterische).

Was jedoch nicht von Allen anerkannt wird, das ist der zweite vorhin von mir erwähnte Fall, die intrauterine Erwerbung der Prädisposition. Bruns[1]), der allerdings der Meinung ist, „daß der Vererbung bei den Nervenkrankheiten überhaupt eine etwas zu große Bedeutung beigelegt wird", geht sogar direkt dagegen an und sagt, wenn man außer allen organischen und funktionellen Nerven- und Geisteskrankheiten auch noch den Arthitrismus im weitesten Sinnne und vielleicht sogar noch die Tuberkulose heranziehen wolle, daß man dann schließlich bei jedem Menschen eine erbliche Belastung herausfinden könne, wenn man nur genügend weit zurückgriffe. Ob er mit dieser Ansicht recht hat, will ich nicht entscheiden. Es mag ja sein, daß man der „neuropathischen Veranlagung" in dieser Beziehung mitunter eine etwas zu große Bedeutung beilegt, in manchen Fällen ist sie aber sicher nicht zu leugnen. Einen Beweis dafür giebt Grasset[2]), der an der Hand von 25 Krankengeschichten einen Zusammenhang von skrophulöser und tuberkulöser Diathese und dem Zustandekommen der Hysterie nachgewiesen hat.

Ich komme nun zu dem dritten Fall, der von Binswanger so genannten „neuropathischen Belastung", d. h. der extrauterinen Erwerbung der Prädisposition. Eine solche Prädisposition kann natürlich auf die verschiedenste Weise zustande kommen, da sich dabei sowohl körperliche als auch psychische Momente geltend machen.

Als die Psyche besonders schädigend wird von fast allen Autoren eine mangelhafte oder falsche Erziehung angegeben. Und es ist klar, daß eine Erziehung, die die Launenhaftigkeit der Kinder nicht unterdrückt, die die Stärkung des Willens und der Energie vernachlässigt, die die Phantasie der Kinder in unpassender Weise anregt, oder die an-

[1]) Bruns: a. a. O.

[2]) Grasset: The relation of hysteria with the scrofulous and the tubercular diathesis. Brain 1884.

drerseits durch geistige Überbürdung die psychischen Kräfte derselben überanstrengt und ihre geistige Entwicklung verfrüht, leider nur zu oft den Grund zu jener reizbaren Schwäche des Nervensystems legt, auf deren Boden sich später die Hysterie ausbildet.

Ähnlich soll nach der Ansicht vieler die Onanie wirken. Und mag sie auch durch Überreizung des Nervensystems eine Entwicklung der Hysterie begünstigen, so kann man jedoch meiner Meinung nach ihr allein nicht die Schuld zuschieben, sie wird vielmehr nur als veranlassendes Moment bei einer schon vorhandenen Prädisposition in Betracht kommen. Diese Ansicht vertritt auch Henoch[1]) in seinem Buche über Kinderkrankheiten.

Und was die körperlichen Momente anbetrifft, so ist es klar, daß, was den Körper im allgemeinen schwächt und die Gesamtkonstitution schädigt, auch die Widerstandskraft des Nervensystems herabsetzt. Daher sehen wir so häufig im Anschluß an irgend welche, u. bes. konstitutionelle Erkrankungen eine Hysterie sich entwickeln. Ob aber diese Erkrankungen prädisponierend in dem Sinne wirken oder nur eine schon vorhandene Hysterie in die Erscheinung treten lassen, das lasse ich dahingestellt. Jedenfalls thun sie Beides.

Ist nun aus irgend einem der angeführten Gründe eine Prädisposition für die Hysterie geschaffen, so bedarf es nur einer Gelegenheitsursache, um die schlummernde Krankheit zu wecken.

Diese „agents provocateurs", wie Charcot sie nennt, hat Guinon[2]) in einer ausführlichen Arbeit einer näheren Betrachtung unterzogen.

Er spricht da zunächst über eine falsche Erziehung, doch will ich darauf nicht mehr eingehen, ich sagte ja schon, daß sie jedenfalls ebensogut prädisponierend wie veranlassend wirken könne.

---

[1]) Henoch: a. a. O.

[2]) Les agents provocateurs de l'hystérie. Progrès medical. 1899.

Dann läßt er sich des Weiteren über die Nachahmung aus, und sie spielt auch entschieden, gerade bei Kindern, eine große Rolle. Schon Briquet[1]) wies darauf hin, daß der bloße Anblick eines hysterischen Anfalls genüge, um bei Andern einen typischen hysterischen Anfall hervorzurufen, und in der That giebt die Litteratur dafür unzählige Beispiele. Ich will nur an die sogenannten hysterischen Epidemien erinnern, wie sie in Schulen, Pensionaten und Krankenhäusern oft genug beobachtet sind, und will ein Beispiel dafür anführen, das ich der schon erwähnten Dissertation von Geisler[2]) entnehme: Eine Arbeiterin bekam auf die Nachricht hin, daß ihre Eltern durch eine Feuersbrunst ruiniert worden wären, hysterische Krämpfe mit Opisthotonus, Herumschleudern des Körpers, Drehbewegungen u. s. w. Bald darauf erkrankten zwei Freundinnen, die während des Anfalls bei ihr auf demselben Zimmer waren, in derselben Weise, und einige Tage später 6 weitere, die mit den andern auf demselben Schlafsaal schliefen.

Daß man diese Epidemie auf Hysterie, hervorgerufen durch Nachahmung, beziehen muß, ist unzweifelhaft.

Eine weitere Gelegenheitsursache für die Entstehung der Hysterie bilden — und auch wieder gerade bei Kindern — sehr häufig Gemütsbewegungen, Furcht, Schrecken, beängstigende Träume und dergl. Ein Kind z. B., das nachts aus irgend einem Grunde aufwacht, hält irgend einen Gegenstand im Dunkeln für eine drohende Erscheinung; es bekommt große Angst, und die Hysterie bricht aus. Es braucht nicht einmal eine sehr heftige und plötzliche Gemütsbewegung, ein Shok, zu sein; eine Folge an sich zwar geringer, aber lange Zeit andauernder und sich immer wieder von Neuem wiederholender psychischer Alterationen können dieselbe Wirkung haben: Alles, was ein Gemüt bedrücken und verstimmen kann, Sorge, Kummer, getäuschte Erwar-

[1]) Briquet: a. a. O.
[2]) Geisler: a. a. O.

tungen, alles das ist imstande allmählich derartige Störungen im Nervensystem herbeizuführen, wie sie uns im Krankheitsbilde der Hysterie entgegentreten.

Häufig wird auch ein Trauma, ein Fall, eine Züchtigung und dergl., als Grund zur hysterischen Erkrankung angegeben. So berichtet z. B. Henoch[1]) von mehreren 9—11 jährigen Kindern, bei denen am Tage nach einer in der Schule erlittenen öffentlichen Züchtigung hysterische Anfälle sich zeigten, und so finde ich bei Strümpell[2]) ein Beispiel, wo sich bei einem Seiltänzer nach einem Fall vom Seil typische Hysterie entwickelte.

Wenn es sich in diesen Fällen auch wirklich um Hysterie gehandelt hat, so sind die nach Traumen entstandenen, und für Hysterie geltenden Erkrankungen doch immer erst sorgfältig zu prüfen, da ein andres Leiden, das sich auch sehr oft im Anschluß an Traumen entwickelt, eine Reihe von ähnlichen und zum Teil ganz denselben Symptomen zeigt: die traumatische Neurose.

Was als letzte Gelegenheitsursache noch in Betracht kommen könnte, wären akute Infektionskrankheiten, nach denen man häufiger hysterische Erkrankungen hat auftreten sehen.

Doch in allen diesen letzten Fällen, sowohl bei der nach einem Trauma entstandenen, als auch bei der im Gefolge einer Infektionskrankheit entstandenen und schließlich auch bei der auf Grund von allgemeinen konstitutionellen Erkrankungen sich entwickelnden Hysterie — welch letztere von mir schon bei der Besprechung der prädisponierenden Ursachen erwähnt wurde — in allen diesen Fällen ist eine Alteration der Psyche absolut notwendig. Es ist nicht die erwähnte Züchtigung als solche, es ist nicht der Fall vom Seil, der die hysterischen Erscheinungen hervorruft, sondern die damit verbundene psychische Erregung, der Schreck, die Angst, die Furcht. Man täte also gut, wenn man diese

[1]) Henoch: a. a. O.
[2]) Strümpell: a. a. O.

letzten von mir genannten Gelegenheitsursachen einfach mit den unter „Gemütsbewegungen" aufgeführten zusammenhäte und mit Strümpell von einem „psychischen Trauma" redete, denn die auslösenden Momente liegen wie gesagt stets auf psychischem Gebiete.

So viel über die Ätiologie. — Ebenso ausführlich über die Erscheinungen, die **Symptomatologie**, zu reden, halte ich nicht für nötig. Es würde mich einmal zu weit führen, denn in kurzen Zügen eine übersichtliche und verständliche Darstellung der klinischen Erscheinungsweisen der Hysterie zu geben, ist bei der großen Verschiedenartigkeit der äußeren Krankheitsbilder, unter denen sie auftreten kann, garnicht möglich —, und zweitens würde es auch — ganz abgesehen davon, daß die einzelnen Erscheinungen viel zu bekannt sind, um eine eingehendere Besprechung zu rechtfertigen — hier überflüssig sein, da viele von ihnen bei der kindlichen Hysterie überhaupt nicht oder wenigstens verändert, sei es verstärkt, sei es abgeschwächt, vorkommen. Ich erwähne sie daher nur soweit, als sie bei Kindern beobachtet worden sind.

Am häufigsten fallen da ohne Frage die Störungen in der motorischen Sphäre auf.

Ein eigentlicher Tremor, der bei Erwachsenen in verschiedenen Formen vorkommt, ist bei Kindern nach Bruns selten, Jolly will ihn öfter gesehen haben.

Häufiger sind dagegen nach allen Autoren, und in den meisten Fällen ausgesprochener Hysterie auch vorhanden, tonische und klonische Krämpfe. Diese äußern sich teils in choreatischen Bewegungen, die ihrerseits einmal den Charakter einer wirklichen Chorea haben, im anderen Falle als die von Henoch sog. Chorea electrica auftreten, (wo es sich um blitzartig auftretende Zuckungen, besonders in der Schulter- und Rumpfmuskulatur handelt), und wieder in einem anderen Falle das Bild der Charcot'schen Chorea rhytmica bieten, (dies sind regelmäßig wiederholte Bewegungen ganzer Gliedmaßen, die oft an gewisse Thätigkeiten erinnern wie Rudern, Schwimmen u. s. w.), teils

handelt es sich nach Jolly[1]) um gesteigerte Affektäußerungen wie Schrei-, Wein-, Lachkrämpfe, krampfhaftes Schluchzen, Husten und dergl. Diese letztere Form wird sogar von Jolly bei Kindern als häufiger bezeichnet, die erstere will er — wenigstens in ausgesprochenem Maße — viel seltener gesehen haben.

Weitere motorische Störungen stellen die Lähmungserscheinungen dar, sie sind sogar unter diesen die bei weitem häufigsten. Jolly[2]) und Schäfer[3]) berichten über eine große Zahl von Lähmungen, die gewöhnlich im Anschluß an einen hysterischen Anfall oder eine psychische Erregung, oft aber auch ohne sichtbare Ursache auftraten. Die Lähmungen sind zum Teil spastisch, zum Teil schlaff, es handelt sich teils um Paraplegien, teils um Hemi- und Monoplegien.

Ob die schlaffen oder die spastischen überwiegen, darüber gehen die Ansichten auseinander, jedenfalls sind sie beide beobachtet worden. Oft hat man gesehen, daß die schlaffen in spastische übergehen, andrerseits wird aber auch wieder von direkt primären Contrakturen berichtet.[4])

Die schlaffen Lähmungen befallen meist die Extremitäten, aber auch eine ganze Körperhälfte, wobei dann allerdings gewöhnlich das Gesicht freibleibt, und sind meist dadurch charakterisiert, daß sich keine Entartungs-Reaktion zeigt.

Für die Kontrakturen ist es charakteristisch, daß sie erstens enorm stark sind, sodaß es kaum gelingt, sie auszugleichen — im Gegensatz zu der organisch bedingten cerebralen Kontraktur — und daß zweitens jeder Versuch, sie auszugleichen, lebhafte Schmerzensäußerungen hervorruft.

Es kommt jedoch nicht immer zu einer vollkommen ausgebildeten Lähmung oder Contraktur. Sehr oft haben

[1]) Jolly: Über Hysterie bei Kindern. Berlin. Klin. Wochenschrift XXIX. 34. 1892.

[2]) Jolly: a. a. O.

[3]) Schäfer: Über Hysterie bei Kindern (Archiv f. Kinderheilk. Bd. V).

[4]) Tölken: Beobachtungen über hysterische Kontrakturen. (Zeitschrift f. klin. Med. XVII. 1890. Suppl. Heft).

wir an den unteren Extremitäten eine Störung, die wir mit Astasie und Abasie bezeichnen. Sie besteht darin, daß, während die Beinmuskeln im Liegen und Sitzen jede Funktion ausführen können, also durchaus nicht gelähmt sind, sie nicht imstande sind, jene koordinatorische Thätigkeit zu leisten, die zum Gehen oder Stehen notwendig ist. Bruns[1]) behauptet sogar, daß diese Erscheinung bei Kindern viel häufiger sei als wirkliche Lähmungen.

Von anderen Lähmungserscheinungen seien noch die Aphonie und der Mutismus erwähnt. Die Aphonie ist ein Zustand, wo die Kinder plötzlich die Stimme verlieren, sodaß sie nur noch im Flüstertone sprechen können, beim Mutismus verbindet sich gewissermaßen Aphonie mit totaler Aphasie, die Kinder sind vollkommen stumm. Für beide Erscheinungen giebt die Litteratur zahlreiche Beispiele.

Die zweite Stelle inbezug auf ihre Häufigkeit nehmen die Störungen der Sinnesorgane ein, besonders des Gesichts und des Gehörs.

Sehr oft geben die Kinder an, daß sie undeutlich und verschwommen sehen. Untersucht man dann die Augen, so findet man eine Abnahme der Sehschärfe, rasches Ermüden beim Sehen und, was besonders charakteristisch ist, eine konzentrische Gesichtsfeldeinengung. Ähnliche Störungen finden wir oft beim Gehörssinn, die Kinder sind schwerhörig, ja völlig taub.

Dann kommen Störungen der sensiblen Sphäre.

Sämtliche Störungen der Hautsensibilität, Anästhesie, Hyperästhesie, Parästhesie und Analgesie, sind nach Ansicht der meisten Autoren — wenigstens in ausgeprägter Form — viel seltener als beim Erwachsenen, namentlich soll die Anästhesie, wenn sie vorhanden, nicht so weit in die Tiefe gehen, sondern nur oberflächlicher Natur sein. Indessen kommen sie doch garnicht so selten vor.

Eine typische, und für die Hysterie der Erwachsenen so charakteristische Hemianästhesie allerdings wird von den

[1]) Bruns: a. a. O.

meisten bei Kindern als kolossal selten bezeichnet. Henoch will sie nur 1 Mal beobachtet haben.

Am häufigsten von allen Sensibilitätsstörungen der Haut sind wohl noch die Hyperästhesien, doch sind sie sehr oft recht schwer von den hysterischen Schmerzen zu trennen.

Intensive Kopfschmerzen werden von Bruns als sehr selten bezeichnet, ebenso die Ovarie, jene Schmerzen, die im Epigastrium, besonders auf Druck, so häufig bei Erwachsenen entstehen.

Ich will hier gleich die psychischen Störungen anschließen:

Über diese Frage ist viel gestritten worden. Bruns[1]) streitet — abgesehen natürlich von den großen schweren Anfällen — sämtliche psychischen Störungen bei Kindern zwar nicht ab, meint aber, daß sie garnichts Charakteristisches darböten. Viele von den Kindern seien verzogen, unartig, viele böten aber auch gerade das Gegenteil, man könne mit ihnen machen, was man wolle. Andere Autoren erklären psychische Veränderungen als garnicht so selten, meinen sogar, sie hätten etwas so Charakteristisches, daß der Arzt schon aus dem Wesen und Benehmen der Kinder seine Diagnose stellen könne.

Wer hier Recht hat, lasse ich dahingestellt. Daß aber derartige Störungen wie Änderungen des Charakters, Wechsel der Stimmung, Gereiztheit, Verwirrtheit und dergl. bei Kindern vorkommen, dafür giebt uns die Litteratur genügend Beispiele.

Endlich wäre noch der vasomotorischen und gastrischen Störungen zu gedenken. Sie alle sind bei Kindern bei weitem seltener als bei Erwachsenen. Als relativ häufig wird noch die Nahrungsverweigerung bezeichnet. Dagegen über Obstipation, Diarrhoe, Erbrechen, ferner über das sog. hysterische Fieber wird bei Kindern nur sehr vereinzelt berichtet.

---

[1]) Bruns: a. a. O.

Das sind so ziemlich alle Symptome, die die kindliche Hysterie zeigen kann. Es ist nun aber keineswegs nötig, daß sie bei jedem Fall alle da sind. Im Gegenteil, sie sind es fast nie, und das ist gerade das Charakteristische der kindlichen Hysterie. Während die Hysterie beim Erwachsenen durch die unendliche Mannigfaltigkeit der Erscheinungen charakterisiert ist, haben wir beim Kinde meist die sogenannte „monosymptomatische Form", die „forme fruste", wie sie die Franzosen nennen. Nur eine einzige Krankheitserscheinung — etwa eine Lähmung, eine Kontraktur, ein eng umschriebener Krampf besteht — sonst findet sich Nichts.

Namentlich fehlen sehr oft die für die Differentialdiagnose so wichtigen, von Charcot so genannten „hysterischen Stigmata," das sind gewisse Symptome, die aus der übrigen Menge mit so besonderer Häufigkeit hervortreten, daß sie als für die Hysterie charakteristisch angesehen und daher in diagnostischer Beziehung als besonders wertvoll aufgefaßt worden sind.

Auch die eigentlichen „hysterischen Anfälle" fehlen beim Kinde sehr oft, sind jedoch, wenn sie da sind, dadurch charakterisiert, daß sie einmal sehr häufig, bis zu 20 an einem Tage, auftreten, andrerseits nur von sehr kurzer Dauer sind.

Aber wenn auch die kindliche Hysterie gerade diese Hauptmerkmale oft vermissen läßt, so ist dafür das Einzel- und oft einzige Symptom eines Falles so drastisch und in die Augen fallend, daß es sofort als hysterisch zu erkennen ist.

Um nun zu sehen, inwieweit das hier Gesagte sich in der Praxis bewahrheitet, führe ich jetzt einen Fall an, der in der hiesigen Psychiatrischen und Nervenklinik zur Beobachtung kam, und den Herr Geheimrat Siemerling die Liebenswürdigkeit hatte, mir zur Veröffentlichung zu übergeben.

Es handelt sich um die 12½jährige Lehrerstochter Minna Th., aufgenommen am 4. April 1904, entlassen am 25. März 1905.

Anamnese: (Vom Vater abgegeben).

Eine Schwester des Vaters hatte 4 mal eine Graviditätspsychose. Jüngere Schwester der Patientin soll gesund sein.

Patientin lernte zur Zeit laufen; ihre Leistnngen in der Schule waren vorzüglich.

Mit 6 Jahren (1897) hatte sie eine Influenza, nachher angeblich jahrelang Lungenkatarrh. Im Jahre 1901 Masern, 1902 nochmal.

Im Januar 1903 klagte Patientin zuerst über Schmerzen im Nacken, die sich dann auch auf den Rücken ausdehnten, später hatte sie auch Schmerzen in Armen und Beinen, „überall, wo Fleisch säße".

Bis Ostern 1903 lag Patientin im Bett, konnte nicht gehen, konnte sich überhaupt angeblich nicht rühren, mußte ins Bett, ins Bad u. s. w. getragen werden. Trotzdem stand sie aber, wenn sie sich unbeobachtet glaubte, allein auf und schaukelte z. B. einmal ihre kleine Schwester in der Schaukelwanne, sagte ihr jedoch dabei: „Sags nicht der Mutter". Als sie dann später wieder aufstand und wieder zu gehen anfing, hinkte sie.

Im März 1903 hatte sie einmal einen Krampfanfall, den der Hausarzt als hysterisch bezeichnete. Die Anfälle häuften sich in den ersten 5 Tagen, blieben dann bis zum 30. März 1904 ganz fort, seitdem hat Pat. sie fast ununterbrochen. Während derselben wirft sie sich aus dem Bett auf den Boden, kriecht unter das Bett, ohne sich je zu verletzen. Auch kein Zungenbiß. Nie eingenäßt.

Nach dem Anfall ist Patientin gleich wieder ganz geordnet.

Während der Nacht sind nie Anfälle beobachtet, Pat. schläft immer fest.

Seit einiger Zeit ist sie auch psychisch verändert: Sie ist sehr eigenwillig, beklagt sich ständig, daß man nicht genug Rücksicht auf ihr Leiden nähme, weint und schreit laut ohne jeden Grund, schlägt um sich, stößt mit den Füßen, wenn sie angezogen werden soll. Besonders in den letzten Tagen ist Pat. sehr erregt, schimpft laut, indem sie die Schimpfworte mit unglaublicher Schnelligkeit hervorstößt. Äußert u. a.: „Ihre Angehörigen wollten sie langsam zu Tode quälen, um sich ihrer zu entledigen".

Hat seit gestern kein Wasser mehr gelassen, obwohl sie im Laufe des Tages viel Wasser getrunken hat. Fordert man sie auf, Urin zu lassen, so weigert sie sich, „das sei ein so angenehmes Gefühl".

Patientin trinkt nur Wasser, weist alles andre Getränk zurück. Verweigerte überhaupt oft tagelang die Nahrung, es wurde aber beobachtet, daß sie dann heimlich aß.

Erste Beobachtung. 4. IV. 04.

Patientin wird von ihren Eltern im Wagen gebracht.

Sitzt weinend und stöhnend im Aufnahmezimmer.

Als sie auf die Abteilung gebracht werden soll, sagt sie erst, sie könne nicht gehen, geht dann aber unter Führung hin, indem sie dabei im rechten Knie beständig einknickt. Im Bett ist sie sehr unruhig, schreit laut, schlägt mit Händen und Füßen um sich, ruft ununterbrochen ma mère, ma mère. Bisweilen macht sie ruckartige Bewegungen mit dem ganzen Körper, verdreht die Augen, knirscht mit den Zähnen, schlägt mit geballten Fäusten aufs Bett, ist aber dabei sehr vorsichtig.

Sobald man sie an irgend einer Stelle des Körpers berührt, stöhnt sie vor Schmerzen auf und sagt auf Befragen, es thäte ihr überall weh, „wo Fleisch säße".

Die Unruhe steigert sich allmählich so, daß sie ins Isolierhaus verlegt werden muß. Gegen Abend wird sie etwas ruhiger, doch stöhnt und wimmert sie die ganze Nacht hindurch ohne zu schlafen.

5. IV. 04.

Kommt heute morgen weinend ins Ärztezimmer, geht allein ohne Unterstützung, knickt dabei mit dem rechten Knie ein.

Ist zeitlich und örtlich orientiert. Giebt Personalien richtig an. Weint und jammert fortgesetzt vor sich hin, giebt auf Fragen sehr zögernd und erst, nachdem man die Frage mehrfach wiederholt hat, mit Flüsterstimme Antwort. Macht fortwährend Bewegungen mit den Lippen, als ob sie leise vor sich hin spräche, und flüstert zwischendurch „Meine Mutter", „ma mère".

Auf Befragen sagt sie, sie habe Heimweh; hier sei es noch viel schlimmer geworden; es thue ihr überall weh; zu Hause würde sie viel schneller gesund; und weiter: „alle quälen mich hier, ich muß immer essen, ich kann doch nicht. Ich bekomme immer furchtbare Magenschmerzen danach". Dann sagt sie spontan: „und ich gebe mir soviel Mühe, und ich kann nicht".

Fängt mit den Händen an zu zittern, sagt, sie könne nichts dabei thun.

Status: 5. IV. 04.

Gewicht: 39 kg.
Temperatur: 36,6.
Guter Ernährungszustand.

Kräftig entwickeit.
Pupillen über mittelweit, gleich, rund.
Reaktion auf Licht +.
„ „ Convergenz +.
Augenbewegungen frei.
Facialis frei.
Zunge weicht nach links ab, zittert beim Herausstrecken.
Gaumen und Rachen frei.
Zäpfchen gerade
Schlundreflex +.
Reflexe d. ob. Extremität +.
Abdominalreflex +.
Patellarreflex gesteigert.
Achillessehnenreflex +.
Plantarreflex +, Zehen plantarwärts.
Passive Beweglichkeit in allen Gelenken frei.

Aktive Bewegungen werden sehr langsam und vorsichtig unter Schmerzensäußerungen in sämtlichen Gelenken nur wenig ausgiebig ausgeführt.

Es besteht eine allgemeine Hyperästhesie und Hyperalgesie. Schon bei leisen Pinselberührungen zuckt Patientin zusammen, bei leichtester Berührung mit der Nadelspitze äußert sie lebhaften Schmerz, ebenso bei sämtlichen Berührungen im Laufe der Untersuchung, so z. B. beim Perkutieren, Auskultieren, Prüfen der Reflexe etc.

Gang hinkend, das rechte Knie wird nachgeschleift. Pat. bleibt nach 2 Schritten stehen, streckt die Hände aus, als ob sie nach einer Stütze suche, geht dann aber, als sie dazu aufgefordert wird, noch einige Schritte weiter.

Romberg: ⊖.
Lungen und Herz: o. B.
Puls: 114, regelmäßig.
Abdominalorgane: o. B.
Urin: o. B.

Verlauf:

6. IV. 04. Nacht ruhig. Gut geschlafen. Antwortet heute auf Fragen wenn auch mit leiser, so doch nicht mehr mit völliger Flüsterstimme. Auf Befragen sagt sie, es gehe ihr schon etwas besser. Berührt man sie, so zuckt sie am ganzen Körper zusammen und sagt, die Berührungen thäten ihr weh, doch nicht mehr in dem Maße wie früher.

Nahrungsaufnahme ausreichend.
Stuhl regelmäßig.

10. IV. 04. Im ganzen etwas regsamer. Steht tagsüber auf, geht häufig zu andern Patienten ans Bett und unterhält sich mit ihnen.

Hinkt beim Gehen, sobald sie sich unbeobachtet fühlt, nur in sehr geringem Maße, sonst knickt sie immer noch mit dem rechten Knie ein und macht wie bisher mit den Händen Bewegungen, als ob sie nach einem Stützpunkt suche. Spricht immer noch sehr leise, zeigt leidenden Gesichtsausdruck, hat über vielerlei zu klagen, sagt, es thue immer noch überall weh.

Zuckt bei Berührungen jeglicher Art zusammen und äußert dabei sichtbare Schmerzempfindungen.

Nahrungsaufnahme gut.

19. IV. 04. Patientin war gestern Abend sehr unruhig, schrie laut, schlug mit Fäusten ins Bett, warf das Bettzeug hinaus, versteckte sich hinter den Schrank und schrie: „Sie kommt, sie kommt". Sie wird ruhiger, als der Arzt kommt. Heute Morgen weiß sie auf Befragen darüber Bescheid, daß sie gestern Abend unruhig war. „Sie habe solche Angst gehabt". Was sie gefürchtet habe, als sie rief: „Sie kommt", will sie nicht wissen.

Hat sehr scheues Wesen, schließt sich trotz vielfacher Bemühungen nicht an. Im Garten versteckt sie sich meist in einem abgelegenen Winkel und sitzt dort, den Kopf in die Hand gestützt, unthätig umher. Zu irgend einer Thätigkeit ist sie nicht anzuhalten.

Fragen beantwortet sie meist garnicht oder erst auf energisches Drängen mit „Ja" oder „Nein".

24. IV. 04. Scheues Wesen, abweisend.

Ließ sich heute hinfallen, sagt, sie könne sich nicht mehr rühren, beide Beine und der linke Arm seien völlig gelähmt.

Muß ins Bett getragen werden.

Auf die Frage, weshalb sie sich immer so allein halte, sagt sie: „Ich möchte am liebsten auf dem Kirchhof sein".

26. IV. 04. Steht nicht mehr auf. Auf die Aufforderung, die Beine und die Arme zu heben, hebt sie die beiden Beine und den linken Arm nur ganz wenig von der Unterlage ab. Der rechte wird ausgiebig bewegt.

Versucht man passiv den linken Arm und die Beine zu bewegen, fängt Patientin laut an zu jammern.

10. V. 04. Liegt immer teilnahmslos im Bett.

Giebt nur zögernd und mit Flüsterstimme Antwort, sagt, es thue ihr überall weh.

Der linke Arm ist gebeugt und wird nur wenig gehoben, ebenso werden die Beine nur wenig gehoben.

Patientin geht nur, wenn sie unterstützt wird.

16. V. 04. Patientin war heute Morgen im Rollstuhl im Garten, sagt auf Befragen, es gehe ihr draußen noch schlechter als im Zimmer, sie habe überall Schmerzen.

Nachmittags traten im rechten Arm wiederholt Zuckungen auf, Patientin wurde wieder ins Bett gelegt.

Wie der Arzt kommt, liegt Patientin lang ausgestreckt, die Augen zur Decke gerichtet, da. Der Mund ist weit geöffnet, ab und zu sieht man zuckende Bewegungen im Unterkinn. Zeitweise kurzes Zucken im rechten Arm. Pupillen stark erweitert. Reaktion auf Licht positiv.

Die erhobenen Glieder fallen schlaff herunter.

Patientin reagiert weder auf Anrufen noch auf Nadelstiche.

Rachenreflex: ⊖.

Selbst tiefe Nadelstiche in die Nasenscheide werden nicht empfunden.

Cornealreflex: +.

Patellarreflexe beiderseits gesteigert.

Plantarreflexe schwach.

Puls beschleunigt.

Während der Untersuchung richtet sich Patientin einige Male auf, sieht mit ganz verwirrtem Gesichtsausdruck umher. Auf Fragen gibt sie keine Antwort. Beim Versuch sich hinzustellen knickt sie ein und läßt sich hinfallen, ist aber dabei sehr vorsichtig.

Liegt nachher wieder regungslos mit geschlossenen Augen im Bett, bleibt in jeder beliebigen Lage, die man ihr gibt, liegen.

Reagiert auch jetzt weder auf Anrufen noch auf Stiche.

Nach etwa $^1/_2$ Stunde öffnet sie die Augen, sieht ängstlich im Zimmer umher, sagt auf Befragen, es tue ihr überall weh. Andere an sie gerichtete Fragen beantwortet sie nicht.

Während man vorher den linken Arm beliebig strecken und beugen konnte, setzt sie jetzt den Streckbewegungen starken Widerstand entgegen und äußert Schmerzempfindungen. Reagiert jetzt auf Nadelstiche durch Schmerzensäußerungen.

17. V. 04. Nacht gut geschlafen.

Nahrungsaufnahme ist ausreichend. Auf Fragen nur leise, flüsternde Antworten.

18. V. 04. Patientin soll eine Karte an ihre Eltern schreiben, ist aber nicht dazu zu bewegen. Fängt an zu weinen. Gibt auf Fragen keine Antwort.

19. V. 04. Gibt im Flüstertone Antwort.

Klagt über Kopfschmerzen.

Linker Arm in Beugestellung, Bewegung erschwert.

Zunge weicht etwas nach links ab.

Allgemeine Hyperästhesie und Hyperalgesie.

27. V. 04. Seit gestern keinen Urin gelassen. Blase gefüllt. Im warmen Bade geht kein Urin ab, Patientin wird daher katheterisiert.

Sonstiger Zustand unverändert.

29. V. 04. Wieder kein Urin. Immer weinerlich gestimmt, immer dieselben Klagen, überall tue es ihr weh.

10. VI. 04. In letzter Zeit spontan Urin. Weint heute sehr viel. Sagt auf Befragen, „warum sie weine, das könne sie nicht sagen, das sei ihr Geheimnis. Über Schmerzen weine sie nicht, ihr sei auch kein Unrecht geschehen. Sie dürfe aber nicht über die Gründe sprechen".

20. VI. 04. Versucht sich heute mit einem Haarband zu strangulieren. Sagt auf Befragen, „sie möchte nicht mehr leben, sie wolle auf den Kirchhof, keiner der Verwandten bekümmere sich mehr um sie".

26. VI. 04. Liegt meist mit über den Kopf gezogener Decke, den Kopf im Kissen versteckt, im Bett. Weint oft still vor sich hin. Spricht nicht, giebt auf Fragen keine Antwort.

Meldet sich bei der Pflegerin zur Verrichtung ihrer Bedürfnisse. Läßt spontan Urin.

Nahrungsaufnahme ausreichend.

2. VII. 04. Macht täglich Gehversuche, muß dabei von beiden Seiten unterstützt werden. Verhält sich sehr abweisend, eigensinnig, ist schwer zum Aufstehen zu bewegen. Zieht auf energisches Zureden die einzelnen Kleidungsstücke langsam und zögernd an. Der Pflegerin giebt Patientin bisweilen auf Fragen kurze Antwort, dem Arzt nicht.

15. VII. 04. Geht ohne Unterstützung, schleppt dabei das rechte Bein etwas nach.

Sehr scheues, abweisendes Verhalten.

Beschäftigt sich, wenn sie angehalten wird, etwas mit Handarbeiten, läßt die Arbeit aber gleich ruhen, wenn sie sich nicht beaufsichtigt glaubt.

27. VII. 04. Geht jetzt ganz gut.

Überhaupt im ganzen etwas freier.

Dem Arzt gegenüber abweisend.

8. VIII. 04. Verkriecht und versteckt sich beständig. Sitzt im Versteck vor sich hinbrütend stundenlang unthätig da.

Fängt Fliegen, ißt dieselben.

15. VIII. 04. Sehr scheu, versteckt sich hinter Thüren und Schränken. Redet kein Wort.

Steckt alles, was ihr in die Finger fällt, in den Mund, schluckt Fliegen, Papier u. s. w. hinunter. Hat sich sämtliche Finger blutig gebissen.

18. VIII. 04. Beißt sich trotz beständiger Aufsicht immer wieder die Finger blutig. Angelegte Handschuhe beißt sie durch. Handverband reißt sie mit den Zähnen ab.

23. VIII. 04. Versucht immer wieder sich Bißwunden beizubringen. Beißt triebartig in alles hinein, was sich in der Nähe des Mundes befindet, z. B. Kopfkissen, Bettzeug u. s. w. Nach der Nahrung, die ihr in den Mund geführt wird, schnappt sie gierig, schluckt sie ohne zu kauen hinunter.

Keine sprachliche Äußerung.

27. VIII. 04. Patientin zeigt seit gestern einen außerordentlichen Bewegungsdrang. Geht beständig aus dem Bett, geht auf die Pflegerinnen und die Patienten los, versucht sie zu kratzen, zu beißen und an den Haaren zu reißen. Im Dauerbad ist sie nicht zu halten. Muß von 2 Pflegerinnen im Bett gehalten werden, versucht beständig unter heftiger Anstrengung loszukommen.

Zeitweise Packung.

31. VIII. 04. Dauernd sehr unruhig, aggressiv, geht auf Alles los, versucht auch wieder sich selbst zu beschädigen. Dabei keinerlei sprachliche Äußerung. Brummt bisweilen.

Nimmt die gereichte Nahrung sehr gierig, verschlingt sie gleich. Erhält nur noch flüssige Kost.

Nachts in Packung ruhig, schläft gut.

5. IX. 04. Seit gestern ruhiger. Versucht nicht mehr auf die Ärzte loszugehen und aggressiv zu werden. Versucht bisweilen Tinte zu trinken, fängt Fliegen, steckt sie in den Mund, ißt Papier etc.

Will sich immer noch selbst beschädigen.

Spricht weder spontan, noch antwortet sie auf Fragen. Zieht sich nicht von selbst an. Das Essen muß ihr mit dem Löffel gereicht werden.

Nachts ruhig

Läßt nicht unter sich.

12. IX. 04. Hat sich im allgemeinen ruhig verhalten.

Keinerlei sprachliche Äußerungen.

Muß angezogen und gefüttert werden.

Zeigt blöde lächelnden Gesichtsausdruck un sehr kindisches, albernes Benehmen.

25. IX. 04. Verhält sich ruhig. Spielt in kindischer Weise mit einer Puppe, die sie sich selbst aus Papier und Lumpen zusammengedreht hat, läuft mit einem Globus, den sie mit einem Taschentuch umwickelt hat, umher, wiegt und liebkost denselben.

Steht oft lange Zeit in den Ecken herum, versteckt sich hinter den Thüren, kriecht unter die Tische.

Spricht garnicht. Bisweilen nickt oder schüttelt sie auf Fragen in sinngemäßer Weise mit dem Kopfe.

Versucht auch jetzt bisweilen noch Papier, Fliegen, Tinte etc. in den Mund zu stecken.

Wird gefüttert.

Läßt nicht unter sich.

3. X. 05. Verhalten nicht verändert. Keinerlei sprachliche Äußerungen.

Verhindert man Patientin an der Vornahme verkehrter Handbewegungen, so faucht sie und stößt grunzende Laute aus. Kommt man mit der Hand in die Nähe des Gesichts, versucht sie zuzuschnappen.

Wird fortgesetzt gefüttert.

Spielt in alberner Weise mit ihrer Puppe. Verkriecht sich unter Tische, bleibt dort stundenlang sitzen.

19. X. 04. Zustand unverändert. Schneidet sich Haare ab und ißt dieselben, ehe sie daran gehindert werden kann.

2. XI. 04. Steht mit blödem Gesichtsausdruck in den Ecken herum, spielt in kindisch alberner Weise mit der Puppe, spricht garnicht, ißt von selbst nichts.

Nachts ruhig.

Es fällt auf, daß Patientin selbst auf tiefe Nadelstiche am ganzen Körper fast garnicht reagiert. Auf Stiche vom Septum narium aus wendet Patientin den Kopf langsam ab, ohne irgend welche Schmerzensäußerungen von sich zu geben.

11. XI. 04. Näßt zuweilen ein, läßt auch tagsüber zuweilen unter sich.

Fast vollkommen analgetisch. Zustand unverändert.

28. XI. 04. Noch völlig stumm. Verunreinigt sich öfters.

Steht mit großen verwunderten Augen, eine Puppe in der Hand, da. Redet man sie an, reibt sie, wie verlegen, die Puppe gegen die Nase.

Zuweilen zuckt es wie Lächeln um ihren Mund.

Totale Analgesie.

Hält man ihr die Hand hin, nähert sie zögernd die ihrige, ohne zuzugreifen berührt sie nur flüchtig die Finger.

Sobald die Thür des Saales geschlossen wird, kommt sie mit eigentümlich trippelndem Gange rasch heran und drängt

schweigend gegen die Thür. Wenn man sie fortführt, widerstrebt sie nicht.

Überhaupt befolgt sie jetzt manche Aufforderungen.

8. XII. 04. Murmelt im Schlafe bisweilen unverständlich vor sich hin. Tags stumm, zeigt aber Interesse für Vorgänge in ihrer Umgebung.

Beim Essen sehr widerstrebend, äußert: „Ich will Tinte trinken".

15. XII. 04. Als heute die Oberin von einer Reise zurückkommt, begrüßt Patientin sie und fragt, ob sie nun hier bleibe.

18. XII. 04. Gesichtsausdruck lebhafter. Spricht zuweilen leise.

Ißt noch schlecht.

Verunreinigt sich noch öfters.

Spielt mit der Puppe.

Zu einer Beschäftigung ist sie nicht zu bewegen.

25. XII. 04. Hat sich über Weihnachten sehr gefreut. Fragt den Arzt nach der Bescheerung in kindlichem Tone: „Kriegst Du auch was?"

Hält den Vater einer Mitpatientin für ihren Großvater.

Näßt noch immer ein.

30. XII. 04. Lebhafter, sauberer.

Eigentümlich trippelnder Gang.

8. I. 05. Zunehmend regsamer, hilft jetzt bei der Hausarbeit. Erzählt in kindlicher Weise, richtet Fragen an den Arzt. Hält sich sauber.

Beim Essen sträubt sie sich noch sehr.

13. I. 05. Fängt an zu lesen.

Schreibt wenig, macht meist nur Striche.

Spricht jetzt immer davon, sie wolle nach Haus.

15. I. 05. Besuch des Vaters. Patientin weint, als er fortgeht. Will mit. Beruhigt sich dann aber.

22. I. 05. Ißt immer noch schlecht. Äußert, sie sei das Essen nicht wert, verdiene nur ein Stück trocknes Brot, sie sei zu schlecht. Weint öfters.

29. I. 05. Macht noch Schwierigkeiten beim Essen. Hilft fleißig. Schreibt noch nicht. Etwas blaß.

10. II. 05. Leichte Angina. Psychisch unverändert.

20. II. 05. Angina abgelaufen. Verhalten wie früher.

26. II. 05. Ißt etwas besser. Spielt Klavier. Im übrigen noch gedrückt und scheu.

Hat einen Brief nach Haus geschrieben.

5. III. 05. Beim Essen sträubt sie sich noch vielfach.

Schreibt Briefe, spielt Klavier, liest, zeichnet, arbeitet im Hauhalt.

Vorherrschend noch gedrückte Stimmung.

18. III. 05. Ißt bedeutend besser. Erscheint freier, antwortet auf Fragen, kann aber über die Zeit ihrer Krankheit anscheinend keine Auskunft geben.

Spielt nicht mehr mit der Puppe. Sehr fleißig.

24. III. 05. Appetit besser. Freut sich auf ihre Entlassung. Ist viel zutraulicher. Sobald man sie aber über ihre Krankheit befragt, wird sie einsilbig, giebt teils garkeine Antworten, teils antwortet sie mit „Ja" und „Nein".

Auf Befragen giebt sie schließlich nur zu, daß sie an die Zeit in der Barake — wo sie während der Angina lag — Erinnerung habe. Sie nestelt mit den Fingern, wendet sich scheu ab, sieht weinerlich aus. Sobald man von ihrer Entlassung spricht, strahlt sie und ist wieder ganz zutraulich.

25. III. 05. Gebessert entlassen. Wird von den Eltern abgeholt.

Daß es sich im vorliegenden Falle um eine Hysterie handelt, wird wohl Jedem ohne Weiteres einleuchten. Die Symptome sind so ausgesprochen und der ganze Verlauf so charakteristisch, daß darüber kein Zweifel herrschen kann.

Ist aber der Verlauf so, wie wir ihn bei einem Kinde hätten erwarten sollen? Passen die Symptome zu dem Bilde, das ich vorhin von der kindlichen Hysterie entworfen habe? Ohne Frage nein. Im Gegenteil, sie weichen nicht nur in vielen, sondern fast in den meisten Punkten von demselben ab. Wir haben es also mit einem vollkommen atypischen Fall zu thun, von dem man beinahe sagen könnte: er hat alles das, was er nicht haben sollte.

Da habe ich als erstes und Hauptcharakteristikum für die Hysterie bei Kindern den Umstand genannt, daß sie monosymptomatisch aufträte. Ja, wo ist hier das eine Symptom? Eins ist zwar besonders vorherrschend, — die psychische Veränderung — aber so und so viele andre sind noch dabei: Wir haben zeitweise Tremor, haben bisweilen Zuckungen, haben Lähmungen, Contrakturen, haben Astasie,

Abasie, Aphonie, Mutismus, haben vor allen Dingen außerordentlich ausgeprägte Sensibilitätsstörungen — also von einer monosymptomatischen Form kann man hier wohl kaum reden.

Dann sagte ich, die kindliche Hysterie ließe oft die „hysterischen Stigmata" vermissen. In unserm Falle haben wir sie außerordentlich reichlich. Giebt es wohl ein besseres diagnostisches Merkmal als die Astasie, die Abasie, den Mutismus und alle die andern hervorstechenden Symptome?

Drittens sollten beim Kinde die eigentlichen „Anfälle" sehr oft fehlen, und wenn sie da wären, sollten sie sich durch ihre Häufigkeit an 1 Tage einerseits und ihre kurze Dauer andrerseits auszeichnen. Das will hier auch nicht recht passen. Der eine Anfall, der in der Klinik zur Beobachtung kam, dauerte eine gute halbe Stunde, und von einer Wiederholung an demselben Tage war auch nichts zu merken.

Ich habe also wohl recht, wenn ich von einem „atypischen" Fall rede. Und ich werde noch mehr Punkte anführen, die dafür sprechen. Ich brauche da nur auf die Symptome im Einzelnen einzugehen.

„Störungen in der sensiblen Sphäre", sagte ich vorhin, „seien nach Ansicht der meisten Autoren in ausgeprägter Form beim Kind relativ selten". Bei uns sind sie sehr ausgeprägt sogar.

Weiter sagte ich: „am häufigsten von allen sind wohl noch die Hyperästhesien". Die haben wir anfangs allerdings in unserm Fall auch, nachher haben wir es aber mit einer ausgesprochenen Anästhesie und Analgesie zu thun.

Und endlich vor allen Dingen die psychischen Störungen!

Manche Autoren leugnen sie oder bezeichnen sie wenigstens als selten, manche schreiben ihnen nichts Charakteristisches zu, wie ich vorhin sagte. In unserm Falle bilden sie das hauptsächlichste Symptom, das sich durch die ganze Krankheit hindurchzieht. Und was die Bruns'sche Behauptung anbetrifft, sie böten nichts Charakteristisches, so

möchte ich auf das verweisen, was Binswanger und Siemerling[1]) in dem Kapitel „die hysterische Seelenstörung“ über die sog. „psychischen Stigmata“ sagen: Erregbarkeit im Affekt, Beeinträchtigungsideen, mangelnde Reproduktionstreue, Stimmungswechsel, Alles das haben wir hier. Ist das noch nicht „charakteristisch“ genug?

Ebenso interessant wie der ganze Verlauf ist auch die Ätiologie unseres Falles, insofern, als sich nichts Bestimmtes dafür anführen läßt.

Ich sprach vorhin von einer Prädisposition und einer Gelegenheitsursache.

Zunächst über die erstere. Von einer direkten Vererbung kann in unserm Falle keine Rede sein, die Eltern des Kindes sind angeblich beide gesund; und nur aus dem etwas „eigentümlichen Charakter“ des Vaters, den dieser bei der Abgabe der Anamnese zur Schau trug, und aus seinem „eigentümlichen Wesen,“ das er in verschiedenen Briefen an den Tag legte, einen Schluß auf eine eventuelle geistige Minderwertigkeit desselben zu machen, dazu sind wir doch wohl nicht berechtigt.

Die Disposition kann also nur noch „erworben“ sein.

Daß wir den Graviditätspsychosen der Tante des Kindes einen derartigen Wert beilegen können, glaube ich nicht. Das einzige, was in Betracht kommen kann, ist meiner Meinung nach der langjährige Lungenkatarrh des Kindes selbst, bei dem es sich vermutlich um eine Phthise gehandelt haben wird. Es ist leicht möglich, daß durch ihn die Konstitution des Kindes derartig geschwächt worden ist, daß wir von einer Prädisposition reden können. Man hat ja auch häufig bei Phthisikern psychische Störungen gefunden.

Und die äußere Veranlassung? Die kennen wir ebensowenig oder noch viel weniger.

Da ist keine Gemütsbewegung, da ist kein Trauma, was wir heranziehen könnten, die Nachahmung kommt hier nicht in Betracht, das Einzige wäre vielleicht die falsche

[1]) Biswanger u. Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1904.

Erziehung. Alles hat sich im Hause um das Kind gedreht, man hat ihm in jeder Weise den Willen gethan, es ist möglich, daß dieser Umstand allmählich eine derartige Willensschwäche und Energielosigkeit bei dem Kinde herbeigeführt hat, daß der Ausbruch der Hysterie kolossal erleichtert wurde. Sicheres läßt sich jedoch darüber nicht sagen.

Die **Diagnose** der Hysterie, die in unserm Falle bei den ausgesprochenen Symptomen und dem charakteristischen Verlaufe leicht zu stellen war, bietet mitunter große Schwierigkeiten.

Schon von der Hysterie bei Erwachsenen sagt Charcot:[1]) „L'hystérie imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain; car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie. Et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique".

Und bei Kindern ist dieselbe noch viel schwieriger, da gerade die die Diagnose erleichternden hysterischen Stigmata bei ihnen oft fehlen, da typische Anfälle relativ selten vorkommen, und da vor allen Dingen bei Kindern sich sehr oft nur ein einziges Symptom zeigt. Dieses Einzelsymptom dann sofort als hysterisch zu erkennen ist mitunter garnicht so leicht.

Diagnostische Irrtümer inbezug auf die Hysterie können in zweierlei Richtung vorkommen: Entweder kann man ein organisches Leiden — besonders des Nervensystems — fälschlich für Hysterie halten; zweitens kann man umgekehrt ein solches organisches Leiden annehmen, während in Wirklichkeit eine Hysterie vorhanden ist. Und ein solcher Irrtum ist sehr leicht zu erklären, da die Hysterie sich oft mit andern Affektionen und auch mit organischen Erkrankungen des Nervensystems sehr oft verbindet.

[1]) Charcot: Œvres complètes. Tome III. Paris 1890.

Man thut also immer gut, die Diagnose auf dem Wege der Ausschließung zu stellen. In zweiter Linie muß man dann nach eventuellen „hysterischen Stigmata“ suchen, und einen dritten, und vielleicht den wichtigsten Wegweiser hat man in einer Eigenschaft der hysterischen Symptome: in ihrer Abhängigkeit von seelischen Einflüssen und ihrer Reaktion auf diese. Man muß also die Aufmerksamkeit des Patienten irgendwie abzulenken suchen und dann die Wirkung auf die Krankheitserscheinungen beobachten. So hatte ich einmal Gelegenheit eine Hysterische zu sehen, die im Bett liegend fortwährend rhytmische Bewegungen mit einem Fuße machte. Als man sie fragte „weshalb sie das thäte“, „ob sie denn den Fuß nicht ruhig halten könne“, sagte sie „sie thäte das nicht absichtlich, ruhig halten könne sie ihn aber nicht“. Man erzählte sich etwas mit ihr, fragte sie nach Diesem und Jenem, sodaß ihr Geist ganz abgelenkt war, und die Bewegungen hörten auf. Als man sie dann darauf aufmerksam machte, „nun könne sie ihn ja ruhig halten“, begannen die Bewegungen von neuem. Ein solcher Zustand ist typisch hysterisch.

Auch in unserem Falle mußte man die Diagnose per exclusionem stellen. Man hätte zum Beispiel, da das Kind mehrere Jahre lungenkrank gewesen war, an eine tuberkulöse Meningitis denken können. Doch fehlten hierfür alle Symptome. Auch andre organische Erkrankungen waren auszuschließen, da keinerlei Anzeichen dafür da waren. So blieb denn, zumal die „Stigmata“ in diesem Falle, wie gesagt, so kolossal deutlich waren, nur noch die Diagnose Hysterie übrig.

Das einzige, woran man eventuell hätte denken können, wäre meiner Meinung nach Katatonie gewesen. Denn die psychische Depression, das plötzlich auftretende auffällige Benehmen, der später einsetzende Stupor, der ebenso schnell wieder einem großem Bewegungsdrang Platz machte, alle diese Symptome haben wir bei ihr sowohl wie bei Hysterie. Aber doch war auch sie auszuschließen, wenn man den Verlauf in Betracht zog. In unserem Falle hatten wir nach geeigneter Behandlung langsame Besserung, die Katatonie

wendet sich dagegen in der Mehrzahl der Fälle zum Schlechten, indem sie allmählich zur vollkommenen Verblödung führt.

Es erübrigt nun noch ein paar Worte über die Prognose und die Therapie der kindlichen Hysterie zu sagen.

Während man früher glaubte, nur auf die einzelnen Symptome, dagegen nicht auf das Gesamtleiden erfolgreich einwirken zu können, ist man heute anderer Ansicht. Man bezeichnet — soweit es sich allerdings um Kinder handelt — die **Prognose** heute im ganzen sogar als recht gut. Man hat jetzt die Natur des Leidens mehr und mehr erkannt, man weiß, daß alle Krankheitserscheinungen einen psychischen Ursprung haben, und hat daher versucht psychisch in erster Linie auf die Kranken einzuwirken. Und welche Erfolge man damit errang, das zeigt ein Blick in die Litteratur.

Selbstverständlich bestehen quoad prognosin zwischen den einzelnen Fällen große Unterschiede. Es kommt z. B. sehr auf den Charakter des Kindes an. Das eine Kind läßt sich leichter imponieren, läßt sich leichter einschüchtern, ist mehr an das Gehorchen gewöhnt als das andre — so erklärt sich ja auch die schlechtere Prognose bei Erwachsenen: sie sind eben viel schwerer psychisch zu beeinflussen. — Und dann spricht sehr die Zeitdauer mit, seitdem das Kind krank war, und ferner, ob schon viele vergebliche Versuche zu seiner Heilung gemacht waren. Denn „je länger irgend eine hysterische Erscheinung besteht, desto widerstandsfähiger wird sie, und viele vergebliche Heilungsversuche vermindern natürlich den Glauben des Kindes an die Kraft der ärztlichen Kunst". [1]) Kommt dagegen ein Kind zur rechten Zeit zur Behandlung, wird das erste hysterische Symptom sofort richtig erkannt und richtig behandelt, dann ist die Prognose im allgemeinen gut.

Und worin besteht diese **Behandlung?**

Wie überall, so haben wir zwischen einer prophylaktischen und einer symptomatischen zu unterscheiden.

[1]) Bruns: a. a. O.

Prophylaktisch natürlich so viel zu erreichen, daß wir die Prädisposition von den Kindern fernhalten könnten, das ist uns leider unmöglich. Aber gegen die Gelegenheitsursachen können wir doch viel ausrichten. Wir müssen den Eltern immer und immer wieder empfehlen, ihren Kindern eine angemessene Erziehung angedeihen zu lassen, die, besonders wenn es sich um etwas „nervös" veranlagte Kinder handelt, alles fernhält, was die Phantasie zu sehr anregt, die sie möglichst vor Schreck und irgend welchen Träumen hütet, ohne jedoch sie vollkommen der Außenwelt zu entziehen und sie zu „verhätscheln" — man würde damit gerade das Gegenteil erreichen — und die vor allen Dingen bei aller Milde streng und zielbewußt ist, sodaß die Kinder merken, daß nicht alles nach ihrem Willen geht. Daß man natürlich, wenn irgend welche akuten Krankheiten das Kind befallen sollten, oder wenn es von vorn herein an irgend einer konstitutionellen Erkrankung leiden sollte, diese durch entsprechende Behandlung zu beseitigen, daß man ferner, wenn in derselben Familie eins der Geschwister eventuell hysterisch ist, das Kind von dem Anblick desselben — besonders zur Zeit eines Anfalles — möglichst fernzuhalten sucht, das ist nach dem, was ätiologisch über die kindliche Hysterie gesagt war, ohne weiteres verständlich.

Ist trotzdem die Hysterie einmal entwickelt, so ist, was die symptomatische Behandlung anbetrifft, in erster Linie psychisch auf die Kranken einzuwirken. Daneben muß man natürlich durch sonstige geeignete Maßnahmen wie Bäder, Massage, Elektrizität, kräftige Nahrung, bei Anämischen außerdem durch Eisenpräparate und dergl., den Körper möglichst kräftigen und widerstandsfähig machen.

Verfährt man mit alle dem in richtiger Weise, dann ist die Behandlung einer Hysterie keineswegs eine so undankbare Aufgabe, wie es sehr Vielen auch heute noch scheint.

Die Hauptsache, nach dem, was ich vorhin über die Prognose sagte, ist und bleibt aber ein frühes Erkennen der Krankheit, und so sagt auch Bruns[1]) ganz richtig: „Es

[1]) Bruns: a. a. O.

giebt kaum ein anderes Leiden, dessen rasche Erkennung, die fast immer auch eine rasche Heilung im Gefolge hat, dem Arzte so viel Ansehen, dessen Verkennung ihm so viel Verringerung seiner Autorität, sagen wir es kurz heraus, in vielen Fällen eine so große Blamage eintragen kann, wie die kindliche Hysterie".

* * *

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die gütige Überweisung des Materials meinen aufrichtigsten Dank abzustatten.

Vita.

Ich, Friedrich Wilhelm Theodor Kathen, evangelischer Konfession, wurde am 26. März 1879 zu Bremen als Sohn des Kaufmanns Emil Kathen geboren. Ich erhielt meine Schulbildung zunächst auf einer Privat-Vorbereitungsschule zu Bremen, dann, da meine Eltern nach dem Harz verzogen waren, auf dem Kgl. Gymnasium zu Quedlinburg, wo ich im Herbst 1899 das Abiturium bestand. Ich begann meine medizinischen Studien in Berlin, wo ich im Sommerhalbjahr 1900 beim Garde-Füsilier-Rgt. meiner Militärpflicht genügte, und wo ich im Sommer 1901 die ärztliche Vorprüfung bestand. Ich bezog dann die Universität Kiel und beendigte dort am 10. Juni 1905 das medizinische Staatsexamen.